

A CSALÁD EGÉSZSÉGVÉDŐ HATÁSA SERDÜLŐK KÖRÉBEN

KOVÁCS ESZTER^{1,2} – PIKÓ BETTINA²

¹Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Szegedi Tudományegyetem, ÁOK Magatartástudományi Intézet, Szeged

(Beérkezett: 2009. április 27.; elfogadva: 2009. augusztus 6.)

A család meghatározó tényező az ember életében, több szempontból. Funkciói közül a szocializációra koncentrálunk. E folyamat során a gyermekek szüleiktől tanulják meg a társadalmi viselkedési módokat és szabályokat. A szülő–gyermek kapcsolat a kötődés és a világban való biztonságérzet talapzata, mely az átadott minták mellett társas támogatást is jelent, továbbá a család fontos védőfaktorként is funkcionál az egészségkárosító magatartással szemben. Kutatások kimutatták, hogy a szerfogyasztás gyakorisága a zülált, kevés támogatást biztosító családok gyermekeinél magasabb. Jelen tanulmány szegedi középiskolások (N = 881) mutat be. Vizsgálatunk középpontjában a káros szenvedélyek (dohányzás, „nagyivás” és marihuána használat), illetve a fiatalkori depresszió megjelenése, valamint a protektív faktorok között számon tartott társas támasz mértéke, az étellel való elégedettség és a szülő–gyermek kapcsolat minősége állt. Eredményeink szerint a káros szenvedélyek előfordulására hatással van a szülői kontroll és „monitoring” mértéke: minél nagyobb a szülői figyelem mértéke, annál valószínűbb, hogy a fiatalok nem élnek egészségkárosító szerekkel. A depresszió megjelenését növeli, az étellel való elégedettséget csökkenti az anyától és az apától kapott társas támogatásnak, valamint a szülőkkel való szoros kapcsolatnak a hiánya.

Kulcsszavak: családi hatások, protektív faktorok, társas támogatás, fiatalkori problémaviselkedés

A család meghatározó tényező az életünkben: identitást ad, erősít, szocializál; itt tanuljuk meg, hogyan élünk a társadalomban, hogyan alkalmazkodunk, és hogyan birkózzunk meg a mindennapi stresszhatásokkal. A

* Levelező szerző: Kovács Eszter, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: eszti2113@yahoo.com

szülők erőteljes hatással vannak a gyermekekre, mind a normák átadásában, mind a követendő minta közvetítőjeként. A származási családnak kiemelkedő szerepe van az értékek átadásában és a világnézet kialakításában, a biztonságérzet megeremtésében (Bardi és Schwartz 2003). Az értékrend elsajátításában tehát megkérdőjelezhetetlen a család szerepe (Cseh-Szombathy 1995; Neményi 2000), legyen az akár modern vagy tradicionális értékeken nyugvó. Az elmúlt évtizedekben a család szerepe folyamatos változáson ment keresztül, ami nemcsak a család működésére hatott, de a család értékrendjére is (Beluszky 2000; Kuijsten 1996; Rácz 2005; Szretykó 2002). A kutatások szerint a tradicionális családi modell háttérbe szorult ugyan, ám dominanciáját nem veszítette el (Cseh-Szombathy 1994; Tóth és Dupcsik 2007). Az újabb családformák esetenként problémákat okozhatnak a gyermekek szocializációs mechanizmusában, például a szülők különköltözése, vagy maga a válás, ami rövid- és hosszútávon, gazdaságilag, pszichológiailag és kapcsolati szinten is erős hatást gyakorol a gyermekre (Brown 2006; Kiernan 2007; Oldehinkel és mtsai 2008; Videon 2002). A család átalakulása hatással van az egyén családhoz való viszonyára, a kapcsolat szorosságára, a szocializációra, a biztonságérzetre és a társas támogatásra is (Kopp és Skrabski 2001, 2003; Poortinga 2006). A családformák átalakulása miatt manapság kevés erős kötődésünk, fontos kapcsolatunk van, így a társas támogatás is kevésnek bizonyulhat. A társas támogatásnak mint védőfunkciónak pedig a stresszel és a mindennapok problémáival való megküzdésben van kiemelt szerepe (Kopp és Skrabski 2006; Kovács és Pikó 2007; Pikó 2000). A megváltozott értékek mellett az életmód (például a szabadidőstruktúra) is módosult (Pikó 2005b; Koski 2008), ami összefügg a fiatalok egészségmagatartásával, problémaviselkedésével.

Az értékrendbe természetesen beletartozik az egészség fontosságának, az egészséges vagy éppen egészségkárosító magatartásformák (mint dohányzás, alkohol- vagy drogfogyasztás) minta útján való átadása is (Pikó 2002; Rácz 1989). A fiatalok káros szenvedélyekre vonatkozó tudását az egyéb szocializáló és „fontos mások” csoportja mellett meghatározhatja a család is, amely egyfajta szerfogyasztó modellként funkcionál, ami lehet kockázati vagy protektív (Brassai és Pikó 2005; Greenberger és mtsai 2000; Pikó és Fitzpatrick 2003; Skultéti 2005). Az egészségkockázati magatartásformák a fiatalkori problémaviselkedést vetítik előre. A fiatalkori problémaviselkedés középpontjában egészségkárosító szerek fogyasztása áll, és emellett több magatartási elemet is tartalmaz, mint például a szorongás, depresszió és egyéb nehézségek, pszichés zavarok megjelenése (Pikó 2005a; Brassai és Pikó 2007; Vázsonyi 2005). A deviancia hipotézis szerint mindez szoros kapcsolatban van az értékkövetéssel. A deviancia hipotézis

ugyanis megfogalmazza, hogy a modern értékek tértnyerésének, a tradíciók tagadásának – amely hazánkban az utóbbi évtizedekben felerősödött – kitüntetett szerepe van a deviáns magatartásformák kialakulásában (Lye és Waldron 1998). Az egészség szociális aspektusa magába foglalja a kapcsolat kialakítást, a beilleszkedést, és a kihívásoknak való megfelelést is (Pikó 2003; Susánszky és Szántó 2003). Szorosan kapcsolódik ehhez emellett a testi és lelki egészség, a jól-lét állapota, amely összefüggésben van az étellel való elégedettséggel (Lewinsohn és mtsai 1991). Az étellel való elégedetlenség például kapcsolatban áll a társas és érzelmi nehézségekkel, mind intra-, mind interperszonális szinten (Huebner és mtsai 2000).

A családnak többféle védő szerepe is van a fiatalok egészségmagatartásában. A szülői társas támogatás, a szülőkkel kialakított kapcsolat minősége a serdülőkorban átalakul ugyan, de a biztonságos kötődés fontossága továbbra is megmarad. A depresszió ellen főként a családon belüli kötődés biztonsága, a problémák megbeszélése és a feszültség csökkentése hat fontos védőfaktorként (Allen és mtsai 2006; Choi és mtsai 2008; Kirkcaldy és Siefen 1998). Ugyanakkor a káros szenvedélyek ellen a szülői kontroll és „monitoring” jelenti a leghatékonyabb védelmet (Aquilino és Supple 2001; Beck és mtsai 1999; Jackson és mtsai 1998; Li és mtsai 2000; Sieving és mtsai 2000; Steinberg és mtsai 1994; Stronski és mtsai 2000; Tragesser és mtsai 2007). Egy dániai kvalitatív vizsgálatban Järvinen és Østergard (2009) például azt találta, hogy azokban a családokban, ahol a szülői kontroll erős volt, szigorúan szabályozták a fiatalok szabadidejét, ott a „nagyivás” jelentősen ritkábban fordult elő. Hasonlóképpen Ford (2009) a droghasználatra vonatkozóan állapította meg, hogy a szülői monitoring és a szoros családi kapcsolatok csökkentik a szerhasználat gyakoriságát. Természetesen előfordulhatnak nemre specifikus eltérések a szülői monitoring és kontroll kapcsán, a lánygyermekes esetén sokszor erőteljesebben érvényesülnek a túlaggódó mechanizmusok. Ez azt jelenti, hogy a túlzott aggodás szintén növelheti a szerhasználat gyakoriságát (Svensson 2003). A szülői értékrend elfogadása a családi kohézió fokmérője lehet, ami szintén hozzájárulhat a hatékony társas adaptációhoz, ami az egészséghez és a káros szenvedélyekhez való viszonyulásban is megmutatkozik (Pampel és Aguilar 2008; Unger és mtsai 2002).

Vizsgálatunk célja a fiatalkori problémaviselkedés és a családi jellegzetességek összefüggéseinek feltárása. Korábbi kutatásokra alapozva feltételezzük, hogy az egészségkárosító magatartás és a mentális zavarok közül a depresszió kevésbé jelenik meg azokban a családokban, ahol erős a családi kohézió. Továbbá kisebb mértékű szerfogyasztást és alacsonyabb depresszió szintet várunk azokban a családokban, ahol a szerzett társas támogatás magas, továbbá szoros, jó minőségű a szülő-gyermek kapcsolat.

MÓDSZEREK

Kérdőíves adatfelvételünkre 2008 tavaszán került sor. A vizsgálatot Szegeden végeztük középiskolás diákok körében ($N = 881$). A kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A kérdőív kitöltése (az előzetes tesztelésnek is megfelelően) 20–30 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt borítékba helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 97,9%-os válaszadási arányt állapítottunk meg. A mintába random mintavétellel öt középiskola diákjai kerültek. Az iskolatípus szerinti megoszlás: 41,2% gimnázium, 38,4% szakiskola és 20,4% szakiskola. Életkor szerint a válaszadók 14 és 20 év közöttiek, átlagéletkoruk 16,6 év volt (szerepeltek a mintában 5–6. évfolyamon tanuló diákok is). A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 44,6% lány, 55,4% fiú.

Az egészségkárosító magatartás felmérésére a Gerrard és mtsai (1996) által kidolgozott mérőeszközt használtuk, a kérdések az elmúlt három hónapra vonatkoztak. A szerhasználatot a következő kérdésekkel mértük: „Az elmúlt három hónapban kb. mennyit dohányoztál?” (Válaszlehetőségek: 1 = Egyáltalán nem, 2 = Csak néha egyet-egyet, 3 = 1–5 szálát naponta, 4 = 6–10 szálát naponta, 5 = 11–20 szálát naponta, 6 = 20-nál többet naponta). „Az elmúlt három hónapban hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?” (Válaszlehetőségek: 1 = Egyszer sem, 2 = 1-szer, 3 = 2-szer, 4 = 3–5-ször, 5 = 6–9-szer, 6 = 10-szer vagy többször). „Az elmúlt három hónapban hányszor szívtál marihuánát?” (Válaszlehetőségek: 1 = Egyszer sem, 2 = 1–2-szer, 3 = 3–9-szer, 4 = 10–19-szer, 5 = 20–39-szer, 6 = Több mint 40-szer).

A fiataalkori depresszió mérésére a rövidített Children's Depression Inventory-t (CDI) használtuk (Furlanetto és mtsai 2005; Kovacs 1992), a Cronbach alfa értéke 0,74. Az egyes itemeket, mint például a szomorúság, 0–2-ig kódoltuk. A rövidített skálapontokat összeadás után 3,375-tel szoroztuk meg összehasonlítás céljából (az eredeti 27 ítemes CDI osztva a rövidített 8 ítemmel = 3,375). Jelen mintában az átlag és a szórás ennek megfelelően a következő értékeket kapta: átlag = 8,1 szórás = 8,0.

Az élettél való elégedettség skála, a Satisfaction With Life Scale (Diener és mtsai 1985) 5–35 pont között vett fel értékeket. A Cronbach alfa értéke 0,83 volt.

A szülői protektív változók között szerepelt a közös vacsora, amely jól mutatja a családtagok közötti kohéziót és amiből a kapcsolat minőségére is következtethetünk. „Milyen gyakran vacsorázik nálatok együtt a család?” (Válaszlehetőségek 1 = Soha, 2 = Elég ritkán, 3 = Néhányszor, 4 = Legtöbbször, 5 = Mindig). A szülő-gyerek kapcsolatban a problémák meg-

beszélése is fontos információt hordoz: „Milyen gyakran beszéled meg problémáidat szüleiddel?” (Válaszlehetőségek 1 = Soha, 2 = Elég ritkán, 3 = Néhányszor, 4 = Legtöbbször, 5 = Mindig). Vizsgáltuk továbbá a szülői kontrollt és monitoringot is. A szülői kontroll kapcsán megkérdeztük, hogy „Amikor a barátaiddal elmész szórakozni, milyen gyakran mondják meg a szüleid, hányra kell hazamenned?”, a monitoring kapcsán pedig „Amikor a barátaiddal vagy milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?” (Válaszlehetőségek 1 = Soha, 2 = Elég ritkán, 3 = Néhányszor, 4 = Legtöbbször, 5 = Mindig).

A társas támogatást a Measures of Perceived Social Support (Turner és Marino 1994) skálával mértük. Két alskálát használtunk, az anyától és az apától kapott társas támogatásra vonatkozóan, ezek Cronbach alfa értékei: 0,92 (apai támasz) és 0,91 (anyai támasz). Az állítások között megtaláljuk például a „Nagyon közel áll hozzám” vagy a „Tudom, hogy megbízik bennem” mondatokat. (Válaszlehetőségek: 1 = Egyáltalán nem, 2 = Kevésbé, 3 = Eléggé, 4 = Nagyon).

Az értékkövető magatartás kapcsán Unger és mtsai (2002) gyermeki kötelezettség skáláját alkalmaztuk (Cronbach alfa értéke: 0,61). A megkérdezetteknek az egyetértés fokát kellett kifejezniük olyan állításokkal kapcsolatosan, mint például „Szüleim halála után is követni fogom értékrendjüket és ételszabályaikat” (Válaszlehetőségek: 1 = Egyáltalán nem ért egyet, 2 = Inkább nem ért egyet, 3 = Inkább egyet ért, 4 = Teljesen egyet ért).

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázatban láthatjuk a szerfogyasztásra vonatkozó prevalenciákat. A dohányzás mértéke a megkérdezett fiatalok körében igen magas: 54,5% dohányzik, míg 45,5%-uk vallotta, hogy egyáltalán nem él ezzel az egészségkárosító szerrel. Meglepő, hogy 16,3%-uk akár egy doboz cigarettát is elszív naponta. A szeszesisital-fogyasztásnál a „nagyivást” mértük: a diákok 31,7%-a nem fogyasztott nagy mennyiségű alkoholt az elmúlt 3 hónapban, ezzel szemben 10,2%-uk több mint 10 alkalommal tette ezt. A marihuána fogyasztása szempontjából 83,7% egyáltalán nem fogyasztott az elmúlt időszakban, viszont 4,7% több mint 10 alkalommal szívott marihuánát (1. táblázat).

Szintén az 1. táblázat mutatja be azokat a szülői protektív változókat, amelyeket az elemzésbe bevontunk. A skálákról elmondható, hogy a szülőktől kapott társas támogatásban az anyák előkelő helyet kaptak, de természetesen ez összefügg az apától kapott támogatással ($r = 0,281$ $p < 0,001$). A gyermeki kötelesség skálán (5–20) a megkérdezettek magas átlagpontszámot értek el ($M = 15,1$ $SD = 3$), ami azt mutatja, hogy a szülők tisztele-

1. táblázat. Fiatalok káros szenvedélye és a szülői támogatásra vonatkozó változók leíró statisztikája (N = 881)

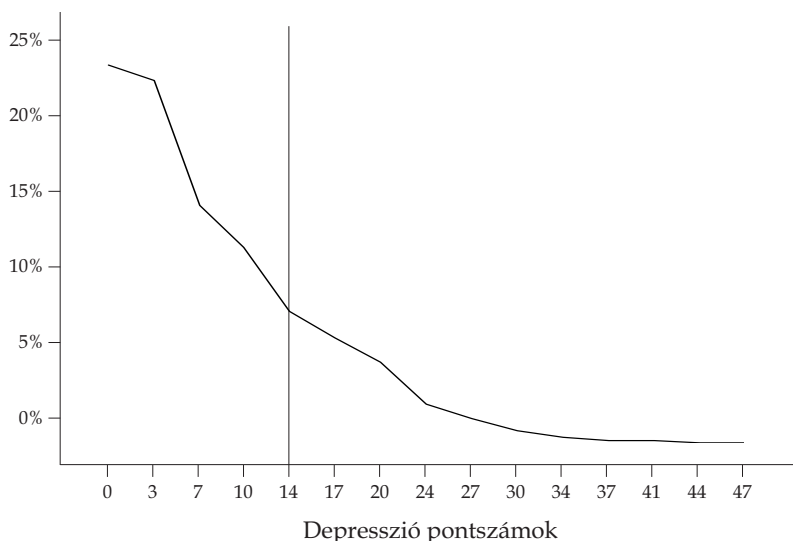
	%
<i>Dohányzás az elmúlt 3 hónapban</i>	
Egyáltalán nem	45,5
Csak néha egyet-egyet	16,3
1–5 szálát naponta	11,1
6–10 szálát naponta	10,8
11–20 szálát naponta	10,8
20-nál többet naponta	5,5
<i>Nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
Egyszer sem	31,7
1-szer	12,7
2-szer	17,1
3–5-ször	19,0
6–9-szer	9,3
10-szer vagy többször	10,2
<i>Marihuána fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
Egyszer sem	83,7
1–2-szer	8,5
3–9-szer	3,1
10–19-szer	1,6
20–39-szer	1,1
Több mint 40-szer	2,0
	Átlag (Szórás)
Anyai támogatás (6–24)	19,8 (4,2)
Apai támogatás (6–24)	16,7 (5,3)
Közös vacsora a családdal (1–5)	3,2 (1,2)
Probléma-megbeszélés a szülőkkel (1–5)	3,3 (1,1)
Szülői kontroll (1–5)	2,8 (1,5)
Szülői monitoring (1–5)	3,8 (1,2)
Gyermei elkötelezettség skála (5–20)	15,1 (3,0)

te és értékrendjük követése erősen él bennük. Egyéb itemeket is bevontunk az elemzésbe, amelyek a szülői praxist állítják fókuszpontba. A szülő–gyermek kapcsolat minőségére kérdeztünk rá, amit az együtt töltött idő mértékével és a probléma-megbeszéléssel mértünk. Emellett a szülői kontroll és monitoring vizsgálata során azt az eredményt kaptuk, hogy a szülők inkább tudják, hogy gyermekük hol tölti szabadidejét, minthogy szigorúan kontrollálnák a szabadidő mértékét. Ezeken a területeken nemi különbségek is kimutathatók: a lányokra sokkal jobban odafigyelnek a szülők,

mint a fiúkra ($t = -7,05$ $p < 0,001$ a kontroll esetében, valamint $t = -5,6$ $p < 0,001$ a monitoring esetében).

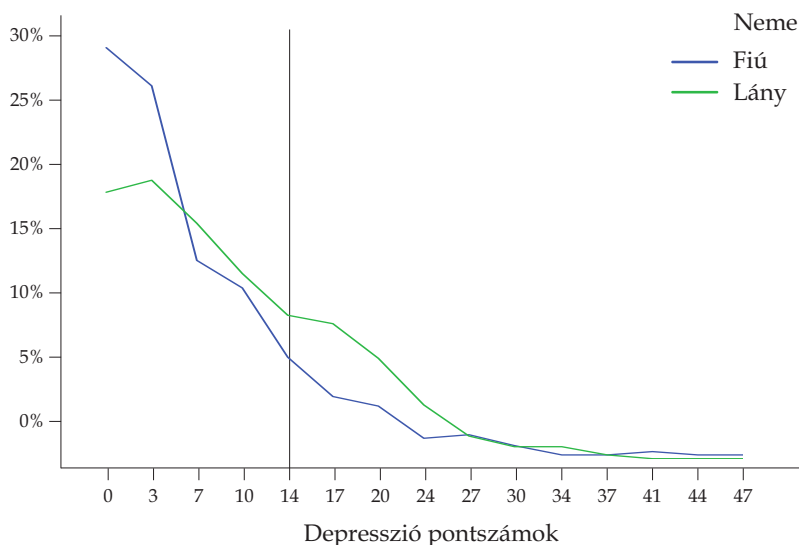
A családi háttér vizsgálatakor ki kell térnünk arra is, hogy a szülők milyen jellegű kapcsolatban élnek. A szerfogyasztást vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy egyedül a dohányzásnál mutatható ki szignifikáns különbség a szülők családi állapota alapján ($\chi^2 = 34,9$ $p < 0,05$). Ahol a gyermekek két-szülős családban élnek, ott a legkisebb a dohányzás mértéke, ahol viszont a gyerekek megtapasztalták szüleik válását, vagy esetleg elvesztették az egyik szülőt, ott a dohányzás nagyobb méreteket ölt. A depresszió megjelenésére nem volt hatással a szülők családi állapota ($F = 1,3$ $p > 0,05$), viszont az étellel való elégedettségre hatással volt, hogy a fiatal mindkét édes-szülőjével él-e együtt, vagy sem ($F = 2,7$ $p < 0,05$).

A depresszió megjelenése nem mondható alacsonynak a szegedi mintán. Nemek szerint szignifikánsan magasabb a lányok körében a depressziós tünetek megjelenése ($t = -3,9$ $p < 0,001$) (1-2. ábra).



1. ábra. A depresszió mértéke
(Cut off point = 14 – a normál és enyhe depresszió határa) (N = 791)

A 2. táblázatból kitűnik, hogy a vizsgált változók között mennyire szoros összefüggéseket tárt fel a korrelációelemzés. A szerfogyasztás erős összefüggést mutatott a szülői változókkal. Ez azt jelenti, hogy minél magasabb a kapott társas támogatás a szülőktől, minél nagyobb a kontroll és a monitoring mértéke, minél szorosabb és bizalmasabb a szülő-gyerek kapcsolat, annál biztosabb, hogy a gyermek nem dohányzik, nem fogyaszt mér-



2. ábra. A depresszió megjelenése nemek szerint (N = 791)

téktelenül alkoholt és nem szív marihuánát. A szülőkkel való jó és szoros kapcsolat tehát jelentős védőfaktorként működik. Az egészségkárosító magatartás mellett a depresszió mértéke és az élettél való elégedettség szintén összefüggést mutatott a szülőkkel való kapcsolattal. Az eredmények azt mutatják, hogy minél magasabb a kapott társas támogatás a szülőktől, minél nagyobb a kontroll és a monitoring mértéke, minél szorosabb

2. táblázat. Korrelációs együtthatók értékei a káros szenvedélyek és a szülői támogatásra vonatkozó változók között (N = 881)

	Dohányzás	Alkohol-fogyasztás	Marihuána-fogyasztás	CDI	Elégedettség
Anyai támogatás (6–24)	-0,107**	-0,134***	-0,082*	-0,323***	0,316***
Apai támogatás (6–24)	-0,153***	-0,122**	-0,118**	-0,331***	0,325***
Közös vacsora a családdal (1–5)	-0,146***	-0,118**	-0,080*	-0,235***	0,305***
Probléma-megbeszélés a szülőkkel (1–5)	-0,081*	-0,111**	-0,060	-0,277***	0,405***
Szülői kontroll (1–5)	-0,153***	-0,179***	-0,137***	0,044	0,001
Szülői monitoring (1–5)	-0,0184***	-0,227***	-0,198***	-0,097**	0,132***
Gyermei elkötelezettség skála (5–20)	-0,117**	-0,170***	-0,098**	-0,217***	0,314***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

3. táblázat. Többváltozós lineáris regresszió-modell a káros szenvedélyekkel összefüggő szülői támogatásra vonatkozó változók bevonásával

	<i>Dohányzás</i>	<i>Alkoholfogyasztás</i>	<i>Marihuána-fogyasztás</i>
<i>Szülői támogatásra vonatkozó változók</i>			
Anyai támogatás	-0,031	-0,023	0,003
Apai támogatás	-0,097	-0,049	-0,077*
Közös vacsora a családdal	-0,090*	-0,044	-0,046
Problémák megbeszélése a szülőkkel	0,077	0,079	0,070
Szülői kontroll	-0,086*	-0,132***	-0,084*
Szülői monitoring	-0,151**	-0,222***	-0,189***
Gyermei kötelesség skála	-0,033	-0,088*	-0,025
<i>Konstans</i>	4,51***	5,5***	2,3***
<i>R²</i>	0,07***	0,10***	0,06***

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

a szülő-gyerek kapcsolat, annál kevésbé jelentkezik a depressziós tünetegyüttes, és annál elégedettebbek a fiatalok az életükkel.

A 3. táblázat tartalmazza a többváltozós lineáris regresszióelemzés eredményeit (azaz a béta standardizált együtthatókat): a szülői változók hatását a szerfogyasztásra nézve. A 4. táblázatban foglaltuk össze a depresszió megjelenésére és az élettél való elégedettségére vonatkozó szülői hatást. A dohányzás, az alkohol- és marihuánafogyasztás tekintetében a szülői kontroll és monitoring egyaránt védőfaktort jelent. A dohányzás valószínűsége kisebb azokban a családokban, ahol a közös vacsorák gyakoribbak, és ahol a szülők követik gyermekük szabadidős tevékenységeit, valamint korlátokat is szabnak nekik. Az alkoholfogyasztás esetében a kontroll és monitoring mellett a gyermeki kötelesség játszik szerepet. Minél inkább érzi a fiatal a szülők és értékeik tiszteletének szükségességét, annál kevésbé hajlamos „nagyivásra”. Hasonló eredményeket találunk a marihuánafogyasztással kapcsolatban is. A szülői kontroll és monitoring mellett fontos, hogy az apai támogatás hiánya jelentős rizikófaktor a droghasználat esetén.

A depresszió és az élettél való elégedettség esetében több változó jelentős hatása mutatható ki. Az anyától és az apától kapott támogatás befolyásolja a depresszió megjelenését és súlyosságát, valamint az elégedettség szintjét. Minél több támogatást élnek meg a fiatalok, annál kevésbé észlelhetők depressziós tünetek, és annál inkább elégedettek az életükkel. Ugyanez az összefüggés mutatható ki a közös vacsorák számának emelkedésével

4. táblázat. Többváltozós lineáris regresszió-modell a mentális egészséggel összefüggő szülői támogatásra vonatkozó változók bevonásával

	CDI	Elégedettség az élettel
<i>Szülői támogatásra vonatkozó változók</i>		
Anyai támogatás	-0,242***	0,132**
Apai támogatás	-0,239***	0,187***
Közös vacsora a családdal	-0,103**	0,134***
Problémamegbeszélés a szülőkkel	-0,095**	0,232***
Szülői kontroll	0,069*	-0,042
Szülői monitoring	0,026	-0,069*
Gyermekek kötelesség skála	0,034	0,086*
<i>Konstans</i>	24,4***	6,8***
<i>R²</i>	0,21***	0,26***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

kapcsolatban, és azzal is, hogy mennyire képesek a problémák nyílt megosztására és megbeszélésére otthon. Ugyanakkor érdemes kiemelni, hogy a szülői kontroll és monitoring nem működik védőfaktorként a mentális egészség mutatóival kapcsolatban. Mivel ok-okozati kapcsolatot keresztmetszet jellegű vizsgálatban nem tudunk igazolni, mindössze arra következtethetünk, hogy a kontroll sértheti a serdülők autonómiáját, ami nem járul hozzá a jóllétükhöz, de az is előfordulhat, hogy a depressziós serdülők fokozott felügyeletet kapnak (4. táblázat).

Mindezekből jól látható, hogy a családi miliő és a családi kötelékek jó minősége jelentős pozitívumokat hordoz az egészségkárosító magatartással szemben, védelmet jelent a lehangoltság, a depresszió ellen, és pozitívan hat az élettel való elégedettség érzésére.

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk céljából tűztük ki a család szerepének, a szülők hatásának elemzését a fiatalok problémaviselkedésére vonatkozóan. Mivel a család modellfunkciót lát el, amelynek keretein belül a gyermekek a szocializáció alatt elsajátíthatják a káros szenvedélyekre vonatkozó információt, aktusokat és rítusokat (Brassai és Pikó 2005; Greenberger és mtsai 2000; Pikó és Fitzpatrick 2003), ezért kikerülhetetlen a családi kapcsolatháló és kötelékek vizsgálata. A szülők hatása leszármazottaikra megkérdőjelezhetetlen. A gyermekek tőlük tanulják a követendő normákat, mintákat, magatartás-

formákat. A származási családnak kiemelkedő szerepe van az értékátadásában, valamint a biztonságérzet megteremtésében, magában az egyén társadalmi lénnyé formálásában (Bardi és Schwartz 2003; Bernstein 1971). Jelen kutatásban a szülő–gyermek kapcsolat minőségére fókuszáltunk, a szerzett társas támogatásra és a szülői kontrollra, az egészségkárosító magatartásra vonatkozóan. Továbbá célunk volt feltérképezni a családi klíma mint protektív tényező szerepét és megjelenését a fiatal korosztályra vonatkoztatva.

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy mind az anya, mind az apa részéről érkező társas támogatás, valamint a szülő–gyerek kapcsolat szorossága fontos az egészséges adaptáció és életvezetés szempontjából. A társas támogatást és a jó szülő–gyerek kapcsolatot protektív tényezőként tartják számon, s ezt saját, korábbi eredményeink is alátámasztják (Kovács és Pikó 2007; Pikó 2000). Az egészségkárosító magatartással kapcsolatban láthatjuk, hogy a fiatalok nagy hányadára jellemző a szerfogyasztás, amely növekedő tendenciát mutat a korábbi adatokhoz képest (Pikó 2003). Megfigyelhetjük, hogy azok a fiatalok élnek inkább kockázati magatartással, ahol a szülői támasz mértéke kisebb és a szülő–gyermek kapcsolat meggyengül. A szülői kontroll és monitoring szintén protektív szereppel bír (Aquilino és Supple 2001; Li és mtsai 2000; Sieving 2000; Steinberg és mtsai 1994; Stronski és mtsai 2000; Tragesser és mtsai 2007). Amennyiben kevésbé jellemző a szülőkre, azzal hozzájárul a fiatalok problémaviselkedésének kialakulásához (Pikó 2005a). Hasonlóképpen Järvinen és Østergard (2009) és Ford (2009) eredményeihez, kutatásunkban igazoltuk, hogy a szülői kontroll és monitoring csökkenti a devianciák, mint a nagyivás és drog-fogyasztás megjelenésének gyakoriságát. Nemi különbségek szintén ki-rajzolódtak kutatásunkban: a lányok szülei jobban odafigyelnek gyermekük szabadidejének eltöltésére (Svensson 2003). A családi klíma, a szülők szerepe nemcsak az egészségkárosító szerhasználat esetében igazolódott be, hanem a depressziós tünetegyüttes és az étellel való elégedettség kapcsán is. A korábbi vizsgálatok eredményeivel összhangban azt találtuk, hogy a depressziós tünetegyüttes megjelenését és súlyosságát, valamint az étellel való elégedettség mértékét befolyásolja a szülőkkal való kapcsolat szoros volta (Allen és mtsai 2006; Choi és mtsai 2008; Huebner és mtsai 2000; Kirkcaldy és Siefen 1998). Ahol tehát a szülők és gyermekeik között erős és bizalmas kapcsolat áll fenn, magas szintű a szerzett támogatás, ott mindez csökkenti a depresszív állapot és mentális zavarok kialakulásának veszélyét, és pozitívan hat az étellel való elégedettségre. Ugyanakkor a szülői kontroll és monitoring magasabb depressziós tünetegyüttesrel és az étellel való elégedettség kisebb mértékével jár együtt. Ok-okozati kapcsolat hiányában feltételezhetjük, hogy a serdülők nem örülnek a túlzott fel-

ügyeletnek, hiszen ez autonómiájuk megsértését jelenti. Másrészt viszont az is elképzelhető, hogy a depressziós serdülőkre jobban odafigyelnek a szülők, és ezt jelzi a változók közötti kapcsolat. További vizsgálatokra van szükség az összefüggés pontos megismeréséhez.

Összegezve kijelenthetjük, hogy a család megkérdőjelezhetetlen jelentőségű egy fiatal életében. Egyrészt a tanult modellszerű viselkedések kapcsán kétségtelenül mintakövetés jellemzi őket. Másrészt a szülők és gyermekeik közötti kapcsolat minősége szintén hatással van a szerfogyasztó magatartásra. A családi kohézió és a családban érzett integritás mértéke befolyásolja a devianciákhoz való odafordulást és a problémaviselkedést. Mindezek alapján célszerű a szülő-gyerek kapcsolatok folyamatos vizsgálata, a kötődés megerősítésének elősegítése a szerhasználat csökkentéséért, a depressziós tünetek enyhítéséért és az élettél való elégedettség növeléséért.

Irodalom

- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Landm, D., Phillips, N. (2006): A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1): 55–65.
- Aquilino, W. S., Supple, A. J. (2001): Long-Term Effects of Parenting Practices During Adolescence on Well-Being Outcomes in Young Adulthood. *Journal of Family Issues*, 22: 289–308.
- Bardi, A., Schwartz, S. H. (2003): Values and behaviour: strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29: 1207–1220.
- Beck, K. H., Shattuck, T., Haynie, D., Crump, A. D., Simons-Morton, B. (1999): Associations between parents' awareness, monitoring, enforcement and adolescent involvement with alcohol. *Health Education Research*, 14: 765–775.
- Beluszky T. (2000): Érték, értékrendi változások Magyarországon 1945 és 1990 között. *Korall*, 1: 137–155.
- Bernstein, B. (1971): Társadalmi osztály, nyelv és szocializáció. *Valóság*, 11: 47–58.
- Brassai L., Pikó B. (2005): Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addiktológia*, 4 (1): 7–28.
- Brassai L. Pikó B. (2007): Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (3): 211–227.
- Brown, S. L. (2006): Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography*, 43 (3): 447–461.
- Choi, Y., He, M., Harachi, T. W. (2008): Intergenerational Cultural Dissonance, Parent-Child Conflict and Bonding, and Youth Problem Behaviors among Vietnamese and Cambodian Immigrant Families. *Journal of Youth and Adolescence*, 37: 85–96.
- Cseh-Szombathy L. (1994): Értékváltozások a családban. *INFO Társadalomtudomány*, 30: 19–26.
- Cseh-Szombathy L. (1995): A társadalmi normák változása és a családi élet alakulása. *Magyar Tudomány*, 5: 521–531.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen R. J., Griffin, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personal Assessment*, 49: 71–75.
- Ford, J. A. (2009): Nonmedical Prescription Drug Use Among Adolescents: The Influence of Bonds to Family and School. *Youth & Society*, 40: 336–352.
- Furlanetto, L. M., Mendlowicz, M. V., Bueno, J. R. (2005): The validity of the Beck Depression Inventory–Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 86 (1): 87–91.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Benthin, A. C., Hessling, R. M. (1996): A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15: 344–354.
- Greenberger, E., Chen, C., Tally, S. R., Dong, Q. (2000): Family, peer, and individual correlates of depressive symptomatology among U.S. and Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 209–219.
- Huebner, E. S., Funk, B. A., Gilman, I., Gilman, R. (2000): Cross-sectional and Longitudinal Psychosocial Correlates of Adolescent Life Satisfaction Reports. *Canadian Journal of School Psychology*, 16: 53–64.
- Jackson, C., Henriksen, L., Foshee, V. A. (1998): The Authoritative Parenting Index: Predicting Health Risk Behaviors Among Children and Adolescents. *Health Education & Behavior*, 25: 319–337.
- Järvinen, M., Østergard, J. (2009): Governing adolescent drinking. *Youth & Society*, 40 (3): 377–402.
- Kiernan, K. (2007): Parental separation and disadvantage. Az előadás elhangzott: The fourth International Conference of the EAPS Working Group 'Social exclusion and the changing demographic portrait of Europe' 6–8 September 2007, Budapest.
- Kirkcaldy, B., Siefen, G. (1998): Depression, Anxiety and Self-Image among Children and Adolescents. *School Psychology International*, 19: 135–149.
- Kopp M., Skrabski Á. (2001): Magatartás és család. *Magyar Bioetikai Szemle*, 7 (4): 1–25.
- Kopp M., Skrabski Á. (2003): Magatartás és család. In Makó J., Ullrich Z. (szerk.): *Bioetika – Ökumené*. Válogatott tanulmányok a Magyar Bioetikai Társaság és a KÖT (Keresztény Ökumenikus Baráti Társaság) két évtizedes munkásságából. Budapest, 92–108.
- Kopp M., Skrabski Á. (2006): A támogató család, mint a pozitív életminőség alapja. In Kopp M., Kovács M.E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 220–233.
- Koski, P. J. (2008): Leisure-time activities and the social capital of the young. Az előadás elhangzott: The 10th Nordic Youth Research Information Symposium 'Bonds and Communities – Young people and their social ties' 13–15 June 2008, Lillehammer.
- Kovács E., Pikó B. (2007): Nem hagyományos egészségvédő faktorok jelentősége: család, társas támogatás, egészség. *HIPPOCRATES*, 3: 91–94.
- Kovacs, M. (1992): *Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi-Health Systems, Toronto.
- Kuijsten, A. C. (1996): Changing Family Patterns in Europe: A Case of Divergence? *European Journal of Population*, 12 (2): 115–143.
- Lewinsohn, P.M., Redner, E., Seeley, J.R. (1991): The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. In Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (eds): *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Pergamon, New York, 193–212.
- Li, X., Stanton, B., Feigelman, S. (2000): Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years. *Journal of Adolescent Health*, 27: 49–56.

- Lye, D. N., Waldron, I. (1998): Relationships of substance use to attitudes toward gender role, family and cohabitation. *Journal of Substance Abuse*, 10: 185–198.
- Neményi M. (2000): *Csoportkép nőkkel*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Oldehinkel, A. J., Ormel, J., Veenstra, R., De Winter, A. F., Verhulst, F. C. (2008): Parental divorce and offspring depressive symptoms: Dutch developmental trends during early adolescence. *Journal of Marriage and Family*, 70: 284–293.
- Pampel, F. C., Aguilar, J. (2008): Changes in Youth Smoking, 1976–2002: A Time-Series Analysis. *Youth & Society*, 39: 453–480.
- Pikó B. (2000): Nyertesekből vesztesek? Veszélyeztetett ifjúság a poszt szocialista társadalomban. *Társadalomkutatás*, 3–4: 183–196.
- Pikó B. (2002): *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATEPress, Szeged.
- Pikó B. (2003): *Kultúra, társadalom-lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2005a): Ifjúkori problémaviselkedés. In Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 20–30.
- Pikó B. (2005b): Középiskolás fiatalok szabadidőstuktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle*, 2: 88–99.
- Pikó, B. F., Fitzpatrick, K. M. (2003): Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73: 44–54.
- Poortinga, W. (2006): Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine*, 63: 255–270.
- Rácz J. (1989): *Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori „devianciák”*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.
- Rácz L. (2005): Érték és ifjúság. In Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 58–86.
- Sieving, R. E., Maruyama, G., Williams, C. L., Perry, C. L. (2000): Pathways to adolescent alcohol use: Potential mechanisms of parent influence. *Journal of Research on Adolescence*, 10: 489–514.
- Skultéti D. (2005): Társas hatások szerepe fiatalok egészségkockázati magatartásában. In Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 104–121.
- Steinberg, L., Fletcher, A., Darling, N. (1994): Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 93: 1060–1064.
- Stronski, S. M., Ireland, M., Michaud, P.-A., Narring, F., Resnick, M. D. (2000): Protective correlates of stages in adolescent substance use: A Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health*, 26: 420–427.
- Susánszky É., Szántó Zs. (2003): Szociokulturális környezet, megküzdési stratégiák, életminőség. *Szociológiai Szemle*, 2: 84–101.
- Svensson, R. (2003): Gender differences in adolescent drug use: The impact of parental monitoring and peer deviance. *Youth & Society*, 34: 300–329.
- Szretykó Gy. (2002): Válságban van-e a jelenlegi családmodell? Esettanulmányok. In Szretykó Gy.: *Globalizáció és család. A család szociológia új kihívásai*. Comenius Bt., Pécs, 38–52.
- Tóth O., Dupcsik Cs. (2007): Családok és formák – Változások az utóbbi ötven évben Magyarországon. *Demográfia*, 50 (4): 430–437.
- Tragesser, S. L., Beauvais, F., Swaim, R. C., Edwards, R. W., Oetting, E. R. (2007): Parental monitoring, peer drug involvement, and marijuana use across three ethnicities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38: 670–694.
- Turner, R. J., Marino, F. (1994): Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 513–519.

- Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B.R., Palmer, P. (2002): Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10: 257–279.
- Vázsonyi A.T. (2005): Szülő-serdülő viszony és problémaviselkedés Magyarországon, Hollandiában, Svájcban és az Egyesült Államokban. In Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 121–134.
- Videon, T. M. (2002): The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal Marriage and Family*, 64: 489–503.

KOVÁCS, ESZTER – PIKÓ, BETTINA

THE PROTECTIVE INFLUENCE OF FAMILY AMONG ADOLESCENTS

The family is a dominant factor in people's life in many aspects. We focus on the socialisation of its functions. During this process children learn ways of social behaviors and rules. The parent-child relationship is the basics regarding attachment and feeling secure in the world, which means social support next to the given patterns. Furthermore, the family functions as an important protective factor facing the harmful health behavior. Previous studies called the attention to the high frequency of substance use by children of deranged and few support ensuring families. The present study displays Hungarian high school students (N = 881). Addictive behavior (smoking, binge drinking and marijuana use) were brought into focus, moreover, the appearance of childhood depression, social support as a protective factor, and satisfaction with life and the quality of parent-child relationship. Our results show that the parental control and monitoring have effects on the addictive behaviors. The bigger is the parental attention, the more likely that youth do not use harmful substances. The lack of social support from mother and father, so as the lack of parental tight relationship may increase the appearance of depression and decrease the satisfaction with life.

Keywords: effects of family, protective factors, social support, adolescents' problem behavior